

# L'ÉVALUATION INITIALE DU POLYTRAUMATISÉ



DT9138

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure
	_____	_____	_____	_____

### I- MÉCANISME DU TRAUMATISME

Accident impliquant un véhicule

Auto ou camion     Moto     Cycliste     Piéton

Autre : \_\_\_\_\_ vs : \_\_\_\_\_

Conducteur     Passager avant     Passager arrière

Vitesse d'impact relative : \_\_\_\_\_ km/h

Éjection     Tonneaux

Déformation ou intrusion dans l'habitacle

Patient sorti lui-même du véhicule

Désincarcération/durée : \_\_\_\_\_ min.

**Impact à haute vitesse** (voir exemples à droite)

Protection

Ceinture de sécurité     Casque     Aucune

Coussin gonflable     Siège d'enfant     Inconnue

Chute    Hauteur : \_\_\_\_\_ m

Arme à feu \_\_\_\_\_

Arme blanche \_\_\_\_\_

Objet coupant \_\_\_\_\_

Objet contondant \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ ans     Homme     Femme

Identification du centre hospitalier	Si transfert, CH d'origine
_____	_____

### Impact à haute vitesse

Chute de plus de 7 mètres. Autres occupants décédés, déformation/intrusion dans l'habitacle, piéton ou cycliste frappé à plus de 35 km/h, autres...

Schéma de l'accident

### II- HISTOIRE CLINIQUE

#### Sur les lieux de l'accident

Perte de conscience  -  +    Durée : \_\_\_\_\_ min.    Difficulté respiratoire  -  +    Hémorragie significative  -  +

#### D- Douleurs et plaintes spontanées

Tête     Cou     Thorax     Dos     Abdomen     Bassin     MSD     MSG     MID     MIG

Autres plaintes : \_\_\_\_\_

<b>A- Allergies</b>	<b>M- Médicaments</b>
_____	_____

Vaccination anti-tétanique à jour?     Oui     Non     Inconnu

#### P- Passé médical (antécédents)

\_\_\_\_\_

<b>L- Lunch</b> (heure) Dernier repas	:	<b>E- Événements entourant l'accident</b>	<input type="checkbox"/> Non intentionnel <input type="checkbox"/> Intentionnel <input type="checkbox"/> Inconnu
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

<b>Date et heure de l'accident</b>	Année	Mois	Jour	Heure	
------------------------------------	-------	------	------	-------	--

### III- ÉVALUATION PRIMAIRE

Date de l'évaluation					:
	Année	Mois	Jour	Heure	
Premiers signes vitaux documentés					:
Pouls-TA-Resp.-T°					
<input type="checkbox"/> S.V. normaux					
Signes vitaux actuels					:
Pouls-TA-Resp.-T°					
<input type="checkbox"/> S.V. normaux					

Déjà en place :

<input type="checkbox"/> TET	<input type="checkbox"/> Combitube
<input type="checkbox"/> Drain thoracique (d/g) _____	<input type="checkbox"/> Collet cervical
<input type="checkbox"/> Matelas immobilisateur	<input type="checkbox"/> Plaque dorsale
<input type="checkbox"/> TNG	<input type="checkbox"/> Sonde urinaire
<input type="checkbox"/> Solutés (nombre : _____ quantité reçue : _____ L)	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

#### A. Voies aériennes et cou

	-	+	D	G
Voies aériennes obstruées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trachée déviée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Détresse respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Interventions

<input type="checkbox"/> Oxygène : _____ %				
<input type="checkbox"/> Intubation	Tube n° _____			Heure : _____
<input type="checkbox"/> Thoracoctésse-aiguille	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>		Heure : _____
<input type="checkbox"/> Drainage thoracique	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>		Heure : _____
<input type="checkbox"/> Pansement 3 côtés	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>		Heure : _____
<input type="checkbox"/> Péricardiocentèse à l'aiguille				Heure : _____
<input type="checkbox"/> Ponction/lavage péritonéal				Heure : _____
<input type="checkbox"/> Soluté(s)				
<input type="checkbox"/> « Fast écho »				

#### B. Ventilation

	-	+	D	G
Apnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Murmure vésiculaire diminué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaie pénétrante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### C. Circulation

	N	A
Coloration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remplissage capillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Évidence de saignement important	-	+
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### D. Examen neurologique primaire

**Échelle de Glasgow (Glasgow péd.) Encercler**

Ouverture des yeux	Réponse verbale	Réponse motrice
Spontanée 4	Orienté 5 (sourit, gazouille)	Obéit 6 (mvt spontané)
À la parole 3	Confus 4 (irritable)	Localise douleur 5 (retrait au toucher)
À la douleur 2	Mots inappropriés 3 (inconsolable)	Retrait à la douleur 4
Aucune réponse 1	Incompréhensible 2 (gémit, agité)	Décortication 3
	Aucune réponse 1	Décérébration 2
Aucune réponse 1		Aucune réponse 1

Total \_\_\_\_\_ Non évaluable

Pupilles (réaction et grandeur)

N A Grandeur Droite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ mm	N A Grandeur Gauche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ mm
---	---

#### E. ENVIRONNEMENT

Détails des interventions :

Dévêtir et couvertures chaudes

Considérer consultations et/ou transfert

Nom de l'utilisateur	N° de dossier
----------------------	---------------

Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure
				:

### IV- ÉVALUATION SECONDAIRE

1. Tête	N	A
	-	+
Crâne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massif facial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouche/dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémotympan (g/dt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Cou	N	A
Colonne cervicale :		
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur au mouvement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugulaires distendues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Thorax	N	A
Entrée d'air	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Râles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysème sous-cutané	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crépitus osseux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volet thoracique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruits cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

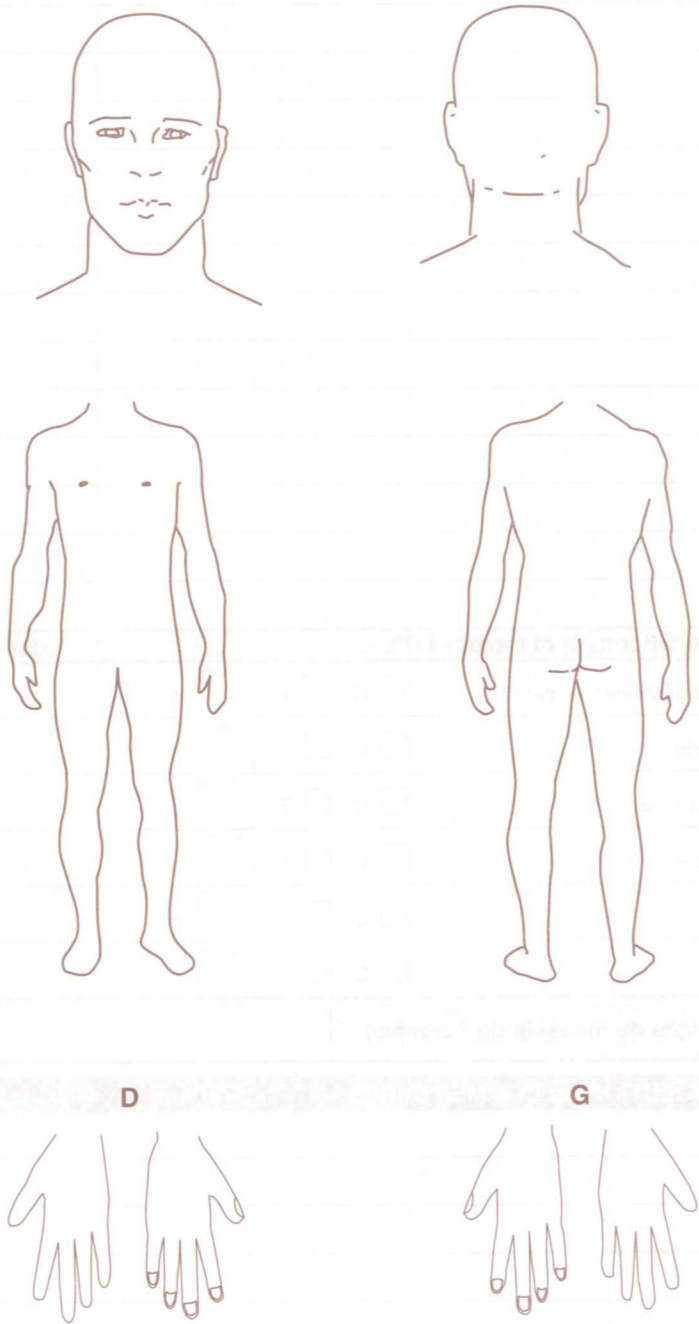
4. Abdomen	N	A
Péristaltisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Péritonisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bassin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Organes génitaux externes	N	A
Pénis/testicules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang au méat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hématurie macroscopique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Périnée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TR (tonus, sang, prostate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Extrémités (spécifier sur schéma)	N	A
Pouls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à la palpation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Dos	N	A
Colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Examen neurologique	N	A
Intoxication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation : Temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amnésie de l'événement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rétention de 3 mots _____ /3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



A = abrasion/ecchymose; B = brûlure; D = douleur; F = fracture (?); L = lacération/plaie

	N	A		N	A
Forces (barré/serment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerfs crâniens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forces segmentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réflexe de gag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réflexes cornéens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cutanés plantaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom de l'utilisateur	N° de dossier	Date et heure de l'accident	Année	Mois	Jour	Heure	
----------------------	---------------	-----------------------------	-------	------	------	-------	--

V- IMPRESSIONS DIAGNOSTIQUES	PLAN
État hémodynamique : <input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Précaire <input type="checkbox"/> Instable	

Consultations (C) et transfert (T)	Transfert vers un autre établissement
Chirurgie générale/traumato <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	
Anesthésie <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	
Neurochirurgie <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	
Orthopédie <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	
<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> T    Heure :	

<b>Signature du médecin de l'urgence</b>	
--	--

VI- ÉVOLUTION ou COMMENTAIRES	